

特定疾患(スモン・プリオン)医療給付事業新規申請書

年 月 日

愛知県知事殿

下記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、申請します。

また、受給者票発行に際して必要な医療保険上の所得区分に関する情報を県が把握するために、下記の内容について加入する医療保険者等に対して情報提供し、報告を求めることに同意します。

記

申請者	フリガナ																対象者との続柄
	氏名	(姓)										(名)					
	住所																

対象者	フリガナ																電話番号						病名									
	氏名	(姓)										(名)																				
加入医療保険	郵便番号		-		生年月日		年	月	日	性別	1 男	2 女																				
	フリガナ																															
	住所	(市区・郡町村)										(町・大字/字・丁目/番地/マンション名等)																				
加入医療保険	事業申請期間		年	月	日	～		年	月	日																						
	被保険者フリガナ	(対象者本人以外の場合のみ記入)															対象者との続柄	1 本人	2 本人以外													
	被保険者氏名	(姓) (対象者本人以外の場合のみ記入)										(名)					保険種別	1 協	2 組	3 共	4 国保一般	5 国保退職	6 後期高齢	7 国保組合	8 その他							
受療医療機関	保険者コード番号																保険者											被保険者証記号番号	記号		(-)番号	
	名称																										医療機関コード番号	2	3	1		
所在地																																

診断書(臨床調査個人票)の研究利用の同意のお願い

特定疾患医療給付事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した臨床個人票が厚生労働省科学研究所において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用(都道府県外へ転出した場合に個人票が転出先の都道府県知事へ送付されるとともに、転出先の都道府県知事から研究班へ送付されることにより、引き続き当該研究の継続的な基礎資料として使用されることを含む。)されることとして確認した上で、申請してください。

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号・保健所コード ※ 経由年月日・経由印															※※ 県受付印									
	保第		-																						

◎記入される前に必ず案内をお読みください。